FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 29

LE TRAITEMENT RADICAL
DU
CANCER DE L'ŒSOPHAGE CERVICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1909
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Louis BARBIER
Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Né le 6 Juillet 1884, à Lons-le-Saunier (Jura)



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1909

LE TRAITEMENT RADICAL

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE CERVICAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 29

LE TRAITEMENT RADICAL
DU
CANCER DE L'ŒSOPHAGE CERVICAL

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1909
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Louis BARBIER
Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Né le 6 Juillet 1884, à Lons-le-Saunier (Jura)



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur
—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . Doyen.
COURMONT (J.). . . . . Assesseur.
LORTET . . . . Doyen honoraire.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER CAZENEUVE.

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE. TEISSIER. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophthalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	GUIART.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	X...
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Hisloire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET, ch.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch.
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
CHATIN.	MOREL.	VORON.	THÉVENOT.
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LÉPINE.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président ;* NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur,*
MM. TIXIER et THEVENOT, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage d'une tendre affection et d'une reconnaissance infinie pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MES SŒURS

A Monsieur le Docteur LERICHE
Chef de Clinique chirurgicale

C'est à lui que revient l'idée première de ce travail. Nous le remercions des bons conseils qu'il a bien voulu nous donner et de son accueil toujours bienveillant

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE PROMOTION
les Docteurs Roger BARRAL et André RASSE

dont l'amitié nous fut si précieuse pendant ces trois années d'école.

A Monsieur le Professeur PONCET
Professeur de Clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

qui nous fait aujourd'hui le très grand
honneur de présider cette thèse.
Qu'il veuille bien accepter l'expression
de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomo-pathologique du cancer de l'œsophage cervical

I. Fréquence du cancer de l'œsophage cervical

Les auteurs s'entendaient jusqu'à la récente statistique de Mathieu et Dobrovici sur la grande rareté du cancer de l'œsophage. Tanchon, cité par Lacour, en signalait un cas sur 1.800 cancers. Zenker et Ziemmsen, 30 sur 5.079 ; le Noir, 2 cas sur 605.

Avec Gauthier on devait admettre un chiffre plus élevé, 18 cas de cancer de l'œsophage sur 300.

Il résulte des recherches de Mathieu et Dobrovici que, loin d'être rare, ce cancer s'observe 30 fois sur 100.

La localisation maxima diffère suivant les auteurs. Elle serait plus fréquente au niveau de la bifurcation des bronches, c'est-à-dire à la partie moyenne d'après Cornil, Ranvier, Klebs, Rindfleich ; à l'union de la portion cervicale avec la portion thoracique pour Michel, F. Guyon et Munier. Starkoff puis Sencert

concluent de leurs recherches que le cancer siège le plus souvent au niveau de la bifurcation de la trachée et au niveau de l'hiatus œsophagien, la portion cervicale serait la plus rarement atteinte ; Ever Home, Haberson, Rokytansky, Mackensie que c'est l'extrémité supérieure qui est le plus souvent intéressée.

Le cancer de l'œsophage cervical est plus fréquent chez l'homme d'après Petri qui, sur 44 cas ne le signale que 3 fois, chez la femme. Les statistiques allemandes feraient admettre le contraire. Les 3 opérées de von Hacker sont des femmes ; de même c'est sur une femme que Czemy ôta une virole œsophagienne avec succès ; et M. Kütner prétend que le « cancer de l'œsophage cervical est très fréquent chez la femme ». Ce cancer est assez souvent primitif contrairement à celui du pharynx ; il atteint en général l'individu de 40 à 50 ans (Gaillard).

II. Evolution anatomique

a) *Localement.* — La tumeur est d'une façon assez constante unique, c'est exceptionnellement qu'on a noté des cas de double tumeur dont l'une siégeait à l'extrémité supérieure du conduit, l'autre au-dessus du cardia. Il faudrait incriminer dans ce cas, avec Hartmann, une greffe d'une partie de la tumeur tombée de la masse supérieure. Boydau et R. Tripier ont cité deux cas de généralisation du néoplasme à tout le conduit.

Habituellement les dimensions de la tumeur sont beaucoup plus restreintes, elle n'occupe que 6 ou 8 cen-

timètres du conduit et, fait intéressant, elle est exceptionnellement circulaire ; située sur une des faces de l'œsophage cervical, elle entraîne rarement à elle seule la sténose complète.

L'évolution de la tumeur comprend différents stades qu'on ramène classiquement à trois : infiltration, ulcération et généralisation.

Stade d'infiltration. — La muqueuse et la sous-muqueuse sont prises tout d'abord, puis la musculeuse.

Le segment atteint présente une dureté et une rigidité très accusée, ses parois sont augmentées de volume et la lumière rétrécie.

On constate une coloration jaune pâle, brunâtre, de la surface interne, avec, en certains points un aspect granuleux. Un léger bourrelet, peu festonné, avec quelques nodosités jaunes, limite en haut cette tumeur. Les dentelures sont plus marquées, les nodosités plus nombreuses à la partie inférieure.

La tunique œsophagienne sectionnée présente un tissu blanc jaunâtre avec de nombreuses et petites nodosités au milieu d'une substance grise.

La sténose se produit soit par spasme soit plus rarement par oblitération de la lumière de ce conduit.

Les phénomènes spasmodiques siègent au niveau du néoplasme ou à certaine distance ; pour Gauthier l'orifice supérieur surtout est un lieu d'élection. Behier signale comme conséquence immédiate de la sténose œsophagienne une rétrodilatation du segment supérieur, mais pour Hartmann elle serait le plus

souvent dûe à de vastes décollements résultant de clapiers purulents développés au-dessus de la paroi du conduit et des organes voisins.

Gauthier distingue deux types de néoplasmes œsophagiens, les uns avec rétrodilatation sans phénomènes spasmodiques, les autres au contraire ou la rétrodilatation n'existe pas, mais où le spasme est fréquent : les aliments n'ont pas le temps de dilater la partie sus-jacente, ils passent entre deux spasmes.

Zenker et Ziemmsen ont signalé l'hypertrophie musculaire de la portion œsophagienne sus-jacente à la tumeur.

Von Hacker et Rosenheim ont décrit des plaques de leucoplasie œsophagienne au-dessus du point rétréci.

Le stade d'ulcération. — Il se produit plus ou moins rapidement ; il est constant pour Butlin. La surface cancéreuse s'érode en certains points ; des pertes de substances se produisent qui font croire au malade à une amélioration d'ailleurs de courte durée.

C'est généralement à ce stade que se produisent les complications :

Le tissu cellulaire pèriœsophagien est intéressé « d'une façon constante et précoce, la gaine celluleuse lâche périœsophagienne s'infecte ». (Starkoff.) Que la suppuration se produise et tout ce tissu lamelleux discontinu du pharynx au médiastin postérieur formera un marécage purulent. La collection peut se propager vers les bronches et la trachée, les ouvrir et donner des fistules mortelles, sinon immé-

diatement, du moins à brève échéance. Une complication exceptionnelle consiste dans l'ulcération des gros vaisseaux du cou. On doit remarquer du reste, que le paquet vasculo-nerveux est situé à 8 ou 10 millimètres de l'œsophage cervical. M. R. Tripier, a montré que le cancer, sans provoquer l'ulcération des vaisseaux, peut en léser les tuniques.

L'aorte d'un sujet mort d'un cancer de l'œsophage, de la région thoracique supérieure, présentait à l'autopsie des lésions, consistant en applatissement et amincissement de ses tuniques.

Quoique rare, cette complication s'observe et Bustow a signalé l'ulcération de la carotide gauche. Balding et Frenkel, celle de la carotide droite : « Le malade fut pris d'une hemorragie foudroyante, rendant, à flots, le sang par la bouche, il expira en quelques instants ».

Souvent on note des hémorragies minimes ; quelquefois profuses, dues dans ce cas, à l'ulcération de petits vaisseaux sillonnant la tumeur ou à celle du tronc des artères œsophagiennes.

Stade de généralisation.

La gravité de la propagation, d'ailleurs rapide, du cancer de l'œsophage cervical provient surtout de la situation d'organes importants dans cette partie rétrécie du corps, la racine de l'arbre respiratoire les récurrents ; le paquet vasculo-nerveux du cou, le sympathique et la glande thyroïde. Vite englobés dans la tumeur, ces organes augmentent le danger de l'intervention et la malignité du néoplasme.

Les complications laryngées peuvent provenir, soit

de l'extension du neoplasme lui-même, soit de troubles récurrentiels.

La compression de la trachée amène son applatissement, des troubles phonatoires et respiratoires : dyspnée, quintes de toux, emphysème pulmonaire et de véritables crises de suffocation.

Mais les troubles ne sont pas dus à la seule compression : le cancer infiltre précocement ou ulcère la trachée.

Dans la plupart des observations de cancer d'œsophage cervical, la trachée est intéressée, soit au cours même de l'évolution du cancer, soit comme récidive opératoire. Et, on observe souvent des fistules œsophago-trachéales. Les complications laryngées, dues à l'envahissement des récurrents seront étudiées avec les lésions nerveuses.

Les lésions nerveuses jouent un rôle très important dans la pathogénie des accidents constatés dans le cours du cancer œsophagien : le pneumo-gastrique, mais surtout le récurrent sont intéressés.

L'altération du pneumo-gastrique assez rare, il est vrai, dans le cas de cancer de l'œsophage cervical, peut expliquer les infections du poumon. Les troubles trophiques qu'elle produit, font comprendre d'abord la fréquence des pneumonies chez ces malades et les opérés ; la gangrène pulmonaire, complication des plus fréquentes du cancer de l'œsophage et suivant Porchaire, les lésions tuberculeuses pulmonaires qu'on observe si souvent à l'autopsie des malades morts de cette affection. Il attribue une part aussi importante comme facteur étiologique de celles-

ci, à l'inanition prolongée et aux lésions du pneumo-gastrique nerf trophique du poumon. Les récurrents sont très souvent lésés ; ils peuvent être intéressés l'un et l'autre, où un seul : C'est plus souvent le gauche que le droit, étant donné leur situation anatomique. Situé dans l'angle dièdre trachéo-œsophagien, s'il est moins facilement lésé au cours des interventions, le récurrent gauche est plus précocement atteint par le néoplasme. Les lésions récurrentielles jouent un rôle important dans l'éclosion des accidents laryngés, au cours du cancer œsophagien. Il s'agit, soit d'une compression avec phénomènes spasmodiques, soit le plus souvent, de paralysie du récurrent. La dyspnée menaçante peut provoquer la trachéotomie.

Le sympathique est rarement touché.

Mais outre ces phénomènes d'extension aux organes voisins le néoplasme fait rapidement des colonisations dans les ganglions. Les auteurs allemands confirment les affirmations de leurs collègues français qui considèrent la généralisation à distance comme précoce malgré un aspect macroscopique normal du ganglion.

Quelquefois même elle est produite avant que le néoplasme ait révélé sa présence par un quelconque de ses symptômes habituels. La malade à qui Von Hacker a pratiqué pour la première fois avec succès la résection de l'œsophage et l'autoplastie de ce conduit était entrée à la clinique pour des ganglions carotidiens, le chirurgien croyait n'avoir à faire qu'un curage. Le microscope démontre que le ganglion est

cancéreux et l'œsophagoscope que le cancer primitif siège à l'œsophage cervical.

Cet auteur insiste d'ailleurs à ce propos sur la valeur diagnostique vraiment remarquable de l'œsophagoscopie bien supérieure aux explorations en particulier par la sonde à boule, sans en présenter les dangers.

CHAPITRE II

Le traitement radical du cancer de l'œsophage

Historique de la question

L'extirpation d'une tumeur œsophagienne n'est possible qu'au cas où elle siège dans la région cervicale ont écrit Czerny, Bergmann et Billroth.

Les recherches anatomiques ont montré plus récemment la possibilité d'interventions sur l'œsophage thoracique et abdominal, dans les cas de cancer ; les expériences sur le chien en ont montré les dangers, les cas cliniques traités par les divers moyens préconisés : voie médiastie ou laparotomie et résection du rebord costal gauche n'ont point relaté leurs succès.

La situation abordable de l'œsophage cervical, son isolement relativement facile, d'autre part la gravité des cancers de cette région, les résultats si relatifs des traitements palliatifs, en outre un outillage, des procédés techniques meilleurs et partant chez le chirurgien une audace plus grande, tout incitait l'opérateur à tenter une intervention curative des cancers siégeant dans cette région.

Pendant longtemps la sonde à demeure et la dilatation furent les seuls procédés employés contre cette affection. Un premier essai de traitement radical fut tenté par ceux qui essayèrent de « détruire le germe de la maladie » en cautérisant la production.

Darwin essayait de la cautériser au moyen de pierre infernale, Paletta au moyen de soude caustique, Edward Home d'une bougie armée de nitrate d'argent. Audrew en 1807 fait paraître son livre « Observation on the application of lunar caustic to strictures in the urethra and œsophagus » London 1807. L'opération pratiquée trois fois lui aurait donné un succès.

C. Bell se prononce en faveur de l'opération, Boyer contre elle. Elle disparut de la pratique et céda le pas à une opération qui n'ambitionnait pas la guérison mais le soulagement du malade : l'œsophagotomie.

Verduc proposa cette intervention que Guy de Chauliac repoussait, considérant les plaies œsophagiennes comme rapidement mortelles « à cause des aliments qui, passant incessamment, en empêchent la guérison ». Goursault, vers 1738 et Rolland, chirurgien major du régiment de Mailly, la pratiquèrent avec succès dans le cas de corps étrangers. On l'appliqua ensuite au traitement du cancer.

L'œsophagotomie se pratiquait au-dessus du rétrécissement, et de façon qu'on puisse passer une sonde dilatatrice sans mettre en action les réflexes, les quintes de toux, les efforts de vomissements et facilitait les manœuvres instrumentales. (W. Cheetan, vétérinaire au 4e dragons et M. Lavacherie, chirurgien de

Liège), dans le cas de cancers bas situés. Pour ceux de la région cervicale on la pratiquait au niveau ou au-dessous du rétrécissement.

Watson, chirurgien de New-York pratiqua une intervention au niveau même du néoplasme et maintint béante l'ouverture qu'il y avait pratiquée au moyen d'un dilatateur. Touranjet puis Moure pratiquèrent l'œsophagostomie au-dessous du rétrécissement.

L'intervention donnait des résultats très médiocres aussi, Follin que la gastrostomie effrayait par sa mortalité conseillait-il de l'appliquer quand le rétrécissement devenu imperméable ne se laisse traverser que très difficilement ou avec de vives souffrances qui exagèrent les phénomènes inflammatoires. Ce fut Sedillot qui opposa au cancer de l'œsophage l'opération mentionnée théoriquement par Egelberg en 1837 et Watson en 1844 : la gastrostomie.

La péritonite était l'écueil, il diminua avec l'asepsie, le malade ne tirait pas grand bénéfice de cette intervention ; ce traitement palliatif ne donnait qu'une survie relative même lorsqu'on la pratiquait au début du cancer. Il infligeait au malade une agonie plus lente avec la hantise de sa bouche abdominale.

En 1884, Simonds essaya au moyen du tubage, opération inventée par Sir Morell Mackensie, d'éviter au patient la gastrostomie. Le tubage avait sur les longues sondes à demeure l'avantage de permettre au malade de se nourrir lui-même, d'apprécier la saveur des aliments qu'il ingérait, de déglutir sa salive. Tous ces procédés ne faisaient que prolonger

la vie du cancéreux. Aucun ne lui promettant la guérison. C'est alors qu'on tenta d'appliquer au cancer de l'œsophage cervical la meilleure thérapeutique qu'on possède, à présent contre lui : l'ablation large et précoce.

Étude expérimentale

On fit d'abord des expériences sur le chien.

Billroth en 1872 montra la possibilité d'enlever un cylindre œsophagien. La portion enlevée étant de peu d'importance et une sonde à demeure, sur laquelle on suturait bout à bout les deux surfaces de section, rétablissait la continuité du tractus œsophagien. Kocher conseillait de laisser la nature refaire ce qu'on a enlevé quand ce ne dépassait pas 2 centim.

Mais si la portion excisée mesure plus de 3 ou 4 centim., on ne peut affronter les deux surfaces de section.

On les réunit, dans ce cas, par une double rangée de sutures ; profonde, muqueuse ; superficielle, fibromusculeuse. Telle est l'intervention pratiquée expérimentalement par Czerny. Si la portion réséquée est plus importante on pratique l'œsophagogastrostomie ou l'œsophagoplastie.

L'œsophagogastrostomie consiste à aboucher la surface supérieure de section à la peau de façon à assurer l'écoulement de la salive au dehors. L'abouchement se pratiquera au besoin au niveau d'une seconde incision faite au-dessus de celle qui aura servi pour découvrir et réséquer l'œsophage. Le bout

inférieur est-il trop court pour être attiré à l'extrémité inférieure de la plaie cutanée on se contente d'une suture à distance ou on l'abandonne après avoir touché la muqueuse au thermocautère, l'avoir invaginé et enfouie sous une suture en bourse. La gastrostomie sert dans ce dernier cas à l'alimentation du malade.

Von Hacher en 1886 tenta sur le chien l'œsophagoplastie. Au lieu de se borner à enlever une mince partie de l'œsophage il pratiqua l'ablation d'un segment plus considérable. Pour rétablir la continuité du tube œsophagien il eut recours à une reconstitution plastique au moyen de lambeaux cutanés empruntés au cou. Cette méthode comprend deux temps dans l'opération pratiquée sur l'animal.

Dans un premier on reconstitue la paroi postérieure du segment enlevé et dans un deuxième sa paroi antérieure. Von Hacher en induisait chez l'homme les conclusions suivantes :

Les lambeaux de peau empruntés au cou fournissent une étoffe suffisante à l'œsophagoplastie ; la déglutition est possible quoique le segment de l'œsophage reconstruit soit dépourvu de tunique musculaire.

Étude clinique

L'expérimentation ayant démontré la possibilité de pratiquer l'œsophagectomie et de restaurer le conduit, l'opération fut alors pratiquée sur l'homme. Mais dans les premiers cas, ce fut comme manœuvre complémentaire dans le cas d'ablation de cancer du pharynx ou du larynx : le chirurgien ayant été

entraîné à sacrifier une partie de l'œsophage pour faire une opération complète.

En 1895 Marwedel a montré dans ses recherches, que dans la plupart des cas c'est une laryngectomie qui a conduit à l'œsophagectomie, tandis que les cas où la résection à été tentée pour un cancer primitif et limité de l'œsophage est excessivement rare.

Les cas de cancer de l'œsophage cervical traités par œsophagectomie annulaire étaient au nombre de 7 suivant cet auteur en 1895. Les résultats en étaient peu brillants, 3 des malades étaient morts des suites immédiates de l'opération.

Czerny avait le meilleur résultat : survie de 13 mois.

Le malade de Von Lageubeck, celui de Von Bergmann étaient morts des suites de l'opération. L'opéré de Navaro mourut au bout de 7 semaines de récidive, celui de Billroth était mort de fausse route.

Le premier malade de Von Hacher était mort de syncope, le deuxième des suites opératoires.

Czerny en 1896 opérant la résection de l'œsophage cervical avait un résultat encourageant. La méthode qu'il employa était celle qu'il avait expérimenté chez l'animal.

Obs. — Le diagnostic posé était celui de rétrécissement cicatriciel, probablement de nature syphilitique. Il pratiqua l'œsophagotomie, et l'examen d'une partie prélevée montra qu'il s'agissait d'un cancer.

Czerny extirpa la masse et unit bout à bout pharynx et œsophage au moyen de deux sutures au catgut.

La suture circulaire par affrontement étant impossible, à cause de la grande distance qui séparait les deux bords de

la muqueuse, on introduisit une sonde à demeure par la bouche et on tamponna la plaie à la gaze iodoformée. La guérison s'effectua lentement, mais sans complications, la malade put se nourrir au moyen de la sonde. Cinquant-trois jours après l'opération, la plaie étant cicatrisée, la malade quitta l'hôpital. Elle pouvait déglutir, sans l'aide de sonde, les aliments de la consistance de bouillie, mais il fallait introduire une sonde molle après chaque repas pour éviter le rétrécissement cicatriciel.

Telle était la technique opératoire de Czerny.

M. Fedoroff, de Saint-Pétersbourg, présente au Congrès international de Bruxelles, en 1908, la communication complémentaire suivante :

Je suis convaincu, disait-il, qu'on peut enlever les tumeurs cancéreuses de l'œsophage quand elle n'atteignent pas 21 centimètres de profondeur et, qu'il est possible d'enlever environ 3 cent. 1/2 d'œsophage cervical. On réunit ensuite par une suture circulaire. Dans les cas difficiles, on réunit seulement la paroi postérieure des tranches de section, on tamponne en avant.

J'ai dans ma pratique deux cas qui m'enhardissent à continuer à tenter les résections circulaires dans la partie cervicale de l'œsophage.

Obs. — Dans le premier cas, une malade à qui une partie de l'œsophage de 2 cent. 1/2 avait été enlevée, vécut encore un an et demi et pouvait se nourrir facilement.

Dans un autre, j'ai fait la résection à un malade d'une partie de l'œsophage de 3 cent. 1/2 à une profondeur de 21 cent., mais il était impossible de suturer les parois antérieures. Le malade a guéri, mais il revint un an après à la clinique, ne pouvant plus rien avaler, même de l'eau ; on fut

obligé de lui faire une gastrostomie et ensuite une dilatation de l'œsophage avec des bougies.

Le malade put de nouveau manger et même avaler de petits morceaux de pain. J'ai appris qu'il avait encore vécu deux ans.

Cette méthode de résection avec abouchement direct des tranches de section l'une à l'autre pouvait procurer la guérison si le chirurgien en intervenant enlevait au plus 4 centimètres d'œsophage, mais souvent le néoplasme occupe une plus grande hauteur.

On a préconisé dans ce cas deux opérations : l'œsophago-gastro-anastomose et l'œsophago-gastrostomie.

La première consiste à rétablir la continuité du tube digestif au moyen d'une anse jéjumal unissant le pharynx à la face antérieure de l'estomac. L'opération fut tentée pour la première fois par Roux en 1907, dans un cas de rétrécissement extrême de l'œsophage, d'origine inflammatoire.

Le cathétérisme donnant de la fièvre, l'état du malade étant inquiétant à cause de la cachexie menaçante, il fallait agir et la gastrostomie était indiquée. Mais M. Roux voulait ouvrir un accès plus large et au besoin capable de durer indéfiniment et il pratiqua le 1er temps de l'œsophagojejuno-anastomose, opération qui, jusqu'alors, n'avait pas été pratiquée même expérimentalement. Une portion suffisamment longue de jejunum fut conduite de l'estomac à l'œsophage, sous un tunnel cutané passant au-devant de la portion cartilagineuse des côtes. La surface de section supérieure de cette portion du jéjunum fut fixée à la peau, la surface inférieure, abouchée à une ouverture gastrique située à la face antérieure de l'estomac. La continuité intestinale fut obtenue au moyen du bouton qui unissait les deux

surfaces de section abdominales du jejunum. La bouche présternale servit à la nutrition du sujet.

Le 2e temps consistait, après section de l'œsophage au-dessus du rétrécissement, à unir la tranche de section supérieure de l'œsophage à cette bouche jéjunale. La tranche inférieure fermée en bourse était abandonnée.

Cette opération fut tentée par M. Lambotte qui essaya de l'exécuter en une seule séance.

Obs. — Homme de 65 ans, alcoolique, usé, présentant des symptômes de sténose œsophagienne depuis plusieurs mois avec amaigrissement énorme.

L'opération pratiquée le 27 avril 1907 est conduite de la façon suivante :

1er temps : Laparotomie sus-ombilicale. Résection de 70 centim. de jejunum avec conservation du mésentère ; rétablissement immédiat de la canalisation intestinale par enterrorraphie circulaire, implantation de l'extrémité proxiniale de l'anse isolée dans la face antérieure de l'estomac. Extériorisation de cette anse et fermeture de la plaie abdominale.

2e temps : Incision de la peau présternale depuis le manubrium jusqu'à la plaie abdominale, l'anse jéjunale est couchée entre les lèvres de cette incision qu'on suture par dessus ; le bout de l'anse seul sortant en haut de l'incision.

3e temps : Section de l'œsophage, fermeture de son bout inférieur, implantation latérale de son bout supérieur dans l'anse jéjunale à quelques centimètres au-dessous de sa terminaison ; en outre, fistulisation temporaire de l'intestin à quelques centimètres plus bas pour pouvoir alimenter le patient sans courir le risque de détruire la suture œsophago-intestinale. L'opération dura une heure et fut bien supportée malgré la grande faiblesse du malade.

Dans la journée, ce dernier fut alimenté par sa fistule et le passage des liquides semblait se faire fort bien, mais le lendemain on essaya vainement de faire pénétrer le liquide. Le bout libre de l'intestin était noirâtre d'aspect gangré-

neux. M. Lambotte fit sauter un pont de sutures au niveau du sternum pour pouvoir plus facilement introduire des liquides, mais, malgré des essais réitérés, le passage ne put être forcé. Les liquides distendaient l'anse sans pénétrer notablement dans l'estomac. Le malade succomba de faiblesse au bout de deux jours assez inopinément.

A l'autopsie, on constata que la vitalité de l'intestin était parfaite jusqu'à son extrémité. Seule la muqueuse de la fistule cervicale était gangrenée superficiellement. L'anastomose œsophago-intestinale était bien perméable ainsi que l'anastomose gastro-intestinale, mais sur l'anse placée sous la peau il existait trois fortes coudures et au niveau de la partie inférieure du sternum un véritable volvulus obstruant l'intestin.

Malgré l'insuccès de cette tentative, il reste donc démontré que l'on peut anastomoser en un seul temps l'œsophage cervical avec l'intestin.

L'œsophago-gastro anastome dans les deux cas où elle a été pratiquée n'a point été tentée comme méthode curatrice. Elle avait simplement pour but de contourner l'obstacle en évitant au sujet les infirmités que donne l'œsophago-gastrostomie. Moins radicale que l'opération préconisée par Von Hacker, elle présente aussi plus de risques : elle a été néanmoins un progrès dans la technique sur l'œsophago-gastrostomie.

Cette intervention consiste à aboucher les deux bouts du tube œsophagien sectionné aux lèvres de la plaie cervicale. L'abouchement du bout supérieur à la peau est destiné à assurer l'écoulement des sécrétions bucco-pharyngées. Le bout inférieur fixé lui-même à la peau forme une bouche cervicale par laquelle on nourrit le malade ou bien on l'abandonne dans la profondeur après avoir touché la muqueuse

au thermocautère, l'avoir invaginé et enfouie sous une suture.

La situation du patient ne laisse pas d'être misérable : les sécrétions bucco-pharyngées s'écoulant constamment sur la partie latérale du cou, la nutrition mal assurée au moyen de cette bouche cervicale ou de la bouche stomachale, l'impossibilité de se livrer à une vie active font de l'opéré un infirme.

Ces deux méthodes valaient pour des cas bien définis. L'opération de Czerny pour ceux où le cancer atteignant une faible hauteur permettait de compter sur une cicatrisation précoce et naturelle.

L'œsophago-gastrostomie et l'œsophago-gastro-anastomose aux cas où le néoplasme exigeait une plus grande résection. Les inconvénients de l'œsophago-gastro-anastomose, la présence de cette bouche anormale cervicale si on fixe au cou l'extrémité inférieure de la portion réséquée ; gastrique, si on l'enfouit dans les tissus ; de la fistule cervicale déversant constamment les sécrétions, en font une opération à demie curatrice. Nous n'en avons pas trouvé de relations.

L'opération de Roux est d'une exécution difficile et ses résultats — bons, lorsqu'il s'agit d'une sténose cicatricielle — nécessiteront dans le cas de néoplasme pour conserver leurs valeurs un temps accessoire : la résection de la partie cancéreuse, ce qui la compliquera encore.

Aux dangers d'une laparotomie, d'une gastro-entéro-anastomose et d'une entéro-entéro-anastomose, le chirurgien ajoute le choc opératoire résultant d'une ablation d'une tumeur cervicale profonde.

Et puis, le sujet ne doit pas considérer sans appréhension cette partie si superficielle de son tractus digestif.

Le mérite de M. von Hacker consiste dans l'essai d'une œsophagoplastie supprimant les inconvénients de l'œsophagogastrostomie et de l'œsophagogastro-anastomose ; il remplace la portion réséquée de l'œsophage par des lambeaux de peau.

La technique opératoire comprend deux temps : dans le 1er, après ablation de la zône cancéreuse, il taille aux dépens de la peau du cou deux lambeaux carrés sur chaque lèvre de la plaie, après torsion sur leur base, ces lambeaux sont amenés au fond de la plaie, suturés l'un à l'autre par leur bord libre, puis aux deux moitiés postérieures des orifices de section de l'œsophage de façon à former une gouttière postérieure.

Dans le second temps après section des deux lambeaux cutanés à leur base, on les enroule face épidermique en dedans, on les suture l'un à l'autre et avec les demi circonférences antérieures pharyngées et œsophagiennes.

La continuité est rétablie. Les résultats obtenus par von Hacker sur les animaux avaient été excellents ; sur l'homme, il n'en fut pas de même, parce que, disait l'auteur, on s'adresse à des malades à résistance organique diminuée, chez lesquels l'infection de la plaie se produit vite et très intense.

La mortalité immédiate était de 36 % et si l'on ajoute à la statistique quelques morts, plus tardives

elle est de 48 %. Le premier opéré de von Hacker mourut de syncope, le deuxième des suites opératoires. Généralement, dans les cas heureux, on avait des survies de 8, 9, 12 et 15 mois, puis la récidive se produisait. Mickulicz mena, le premier, à bien cette opération et eut une guérison confirmée. Poulsen opéra un malade qui mourut de pneumonie, mais la guérison opératoire était presque obtenue. Czerny, en 1906, ayant réséqué l'œsophage d'une malade atteinte de cancer, la revit en février 1908, ne présentant nulle trace de récidive, se sentait bien, elle vaquait à ses occupations et se nourrissait exclusivement au moyen de son œsophage cutané remplaçant la portion réséquée.

Von Hacker revint en 1908 au congrès de la Société allemande de chirurgie sur la technique de l'œsophagoplastie et mit en relief les points suivants :

La gastrostomie comme opération préliminaire est d'une importance primordiale : elle évite l'infection de la plaie, la pneumonie de déglutition ; elle permet au malade de se fortifier avant l'intervention ; le chirurgien n'opère pas un demi-moribond. Elle présente aussi l'avantage de permettre — par cathétérisme rétrograde — de déterminer la limite inférieure du néoplasme.

Depuis 1897, von Hacker la pratique comme intervention préliminaire dans tous les cas pathologiques nécessitant l'ouverture de l'œsophage cervical. De Quervain en 1899, Helferich en 1900, montrèrent l'importance de ce temps préliminaire.

Ceci fait, le malade fortifié, on procède à l'opéra-

tion. L'incision est celle de l'œsophagotomie. Le chirurgien isole l'œsophage, le résèque. Les deux groupes ganglionnaires sont curés. Cette opération est facile, le 1[er] groupe est tout près de l'œsophage, le deuxième ou sus-claviculaire, dans l'angle formé par la jugulaire interne et la sous-clavière.

On remplace la partie réséquée par des lambeaux de peau. La restauration se fait en plusieurs temps. Von Hacker pratiqua l'opération complète sur une malade seulement :

Au mois d'août 1906, écrit-il, une femme entre à la clinique pour subir l'ablation des ganglions de la région cervicale. Mais ces ganglions étaient cancéreux, comme le démontra le microscope ; l'œsophagoscopie décela le cancer primitif.

Tous les signes d'une perforation de l'œsophage cervical apparurent bientôt. Après gastrostomie préalable, on tombe sur une collection purulente, s'étendant de l'orifice de perforation, à la jugulaire. On termine par une œsophagostomie. On attend la guérison du phlegmon, le relèvement de l'état général et en octobre 1908, on pratique la résection. Le cancer avait envahi le récurrent et pénétré dans le pharynx. Tout fut reséqué. Après l'incision primitive pour œsophagotomie, on pratique des incisions transversales perpendiculairement à elle, sur la région cervicale droite, de façon à obtenir un lambean rectangulaire. On l'introduisit dans la plaie face épidermique faisant suite à la muqueuse, pour remplacer la paroi postérieure de la portion réséquée. Le bord supérieur du lambeau cutané est suturé à la partie postérieure du bout inférieur au pharynx et son bord inférieur, à la partie supérieure de l'œsophage cousu à la peau. La trachée réclinée à droite fut respectée. Il ne restait après ce premier temps, que les orifices pour draînage. La guérison survint sans incident et la femme après la pose

d'un appareil en caoutchouc, entourant pharynx et œsophage, put assez bien dégluteir les liquides.

En décembre, on pratiqua le deuxième temps, réfection de la paroi antérieure. On prélève deux lambeaux cutanés sur les parties latérales du cou, le plus petit à droite, le plus grand à gauche, on les inclue épiderme du côté de la lumière œsophagienne, on suture en longueur les deux lambeaux entre eux et avec les lambeaux déja placés. La suture ferme la plaie en avant. On réunit en bas avec la muqueuse œsophagienne mise à vif.

Pour couverture, on prépare de chaque côté du cou, un lambeau rectangulaire à grande base latérale, le plus grand à droite, de façon qu'il recouvre la suture longitudinale après son application sur l'œsophage cutané. Les bords des deux lambeaux affrontés, furent suturés à un travers de doigt du bord du sterno-cléido-mastoïdien gauche. L'orifice trachéal fut respecté. On suture plan par plan. Il ne restait donc plus à réunir que la demi-circonférence antérieure du pharynx, sectionné avec la demi-circonférence du néo-œsophage cutané.

Dans un dernier temps seulement, on avive leurs surfaces de section, on suture l'une à l'autre les demi-circonférences antérieures. La guérison survient sans fistule. Le résultat est excellent ; la malade travaille, parle d'une voix gutturale, sans tonalité, pourtant on la comprend. La fistule stomacale, guérit d'elle-même, quand la malade ne s'en servit plus pour sa nutrition. Le danger immédiat de cette opération, réside dans l'infection de la plaie et la pneumonie de déglulition, c'est contre lui que le chirurgien aura à lutter.

Soins a donner après l'opération

La plupart du temps on suture à la peau en l'abouchant à l'extérieur, le bout inférieur de l'œsophage, on tamponne soigneusement avec un tampon pharyngé et médiastinal. Le meilleur procédé, sui-

vant von Hacker, consiste à protéger avec soin la plaie contre l'infection, pendant l'intervention, puis à faire à celle-ci, une couverture cutanée.

On utilise le tissu conjonctif et particulièrement celui à larges mailles de l'espace retropharyngé contre la pénétration des secrétions de la bouche, de la gorge et de la plaie. De cette façon, on assure le premier temps de la plastique, réfection d'une gouttière œsophagienne postérieure. Ce procédé est meilleur que le tamponnement, quand le malade doit attendre quelque temps la restauration.

Il peut ainsi éliminer les sécrétions buccopharyngées par ce conduit unissant pharynx et œsophage, et le chirurgien a l'avantage de pouvoir attendre quelque temps : c'est qu'en effet, la récidive qui parfois est très précoce, doit entrer en ligne de compte ; si elle survient, inutile de traiter les autres temps.

Les avantages de ce procédé. — Les suites opératoires

Tentée au début de l'évolution du cancer, l'opération de von Hacker supprime les inconvénients des autres interventions tentées contre le cancer de l'œsophage cervical ; la continuité du tractus œsophagien est obtenue. Le malade n'est pas un infirme de par ses fistules pharyngées et œsophagiennes, situées dans la région cervicale. Il s'alimente comme un sujet sain. Les bouillies et les aliments de consistance pâteuse sont employées de préférence au début. La déglutition n'est pas gênée, malgré la résection

d'une partie du conduit et la virole cutanée qui en tient lieu puisque le temps indispensable pour actionner la musculature œsophagienne, le temps pharyngien existe.

L'opéré peut donc reprendre la vie courante.

Les écueils de l'intervention, fistules consécutives et rétrécissements de la virole cutanée, peuvent être évités. Le chirurgien opère en plusieurs temps, il peut vérifier ses sutures, l'intervalle d'ailleurs entre les divers temps, lui permet de n'opérer qu'en s'entourant des garanties contre cet incident, et la dernière qu'il pratique, en fermant la paroi antérieure est superficielle, de surveillance par conséquent facile ; contre le rétrécissement, la dilatation au moyen d'une sonde, pratiquée régulièrement est le meilleur traitement.

CHAPITRE III

Les résultats opératoires

Les résultats vraiment remarquables de l'opération de von Hacker, obtenus sur les animaux en expérience et sur deux opérés (Czerny et von Hacker) ont tenté les chirurgiens.

Poulsen en 1891 intervient une fois; le malade meurt avant le second temps. Hocheneg eut un succès : quatre mois après l'opération, le malade avait son néoœsophage perméable.

Depuis lors, Marwedel, Narath en 1897, Tredenlenburg, Garré, de Quer vain en 1899, Glück, Schalita, Helferich en 1900 ont tenté l'opération préconisée par von Hacker. Plus récemment encore, Körte de Berlin a deux fois réséqué l'œsophage cervical, il eut deux morts. Hofmeister, dans deux cas de cancer de l'œsophage cervical, opéra une fois sans publier le résultat.

Les tentatives d'extirpation furent très rares en France. Nous n'avons recueilli que cette observation dans le service de M. le professeur Poncet :

Obs. — Cancer de l'œsophage cervical. Essai d'ablation gastrostomie (obs. inéd.).

M... S..., âgé de 35 ans, entre salle Saint-Philippe, le 16 juin 1907 pour de la difficulté de la déglutition. Au début de septembre 1906, il présenta de l'amaigrissement, de la toux et fut considéré dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu comme atteint de tuberculose pulmonaire au début.

En avril 1907 apparurent les premiers troubles de la déglutition, ils consistent en difficultés de déglutir le pain et les aliments solides ; tout bol alimentaire solide s'accompagnait d'une douleur rétrocricoïdienne durable.

Progressivement la gêne augmenta, le malade réduisit son alimentation et maigrit de 22 kilogr. De plus, sa voix a un peu changé ; il est enroué depuis une dizaine de jours.

L'examen viscéral ne révèle rien en dehors de l'amaigrissement, il n'y a aucun symptôme ni thoracique ni abdominal, la langue est humide ; la palpation du cou ne révèle rien. Une salivation considérable gêne le malade, elle fait songer à un néoplasme œsophagien. Le malade est alors examiné par le professeur Collet qui ne trouve aucun signe laryngé objectif et pratique l'œsophagoscopie.

Le tube est introduit à 16 ou 17 centim. et ne peut plus avancer. A ce niveau existe un bourrelet non ulcéré, ayant l'aspect d'une infiltration néoplasique.

Il siège exactement à 18 centimètres des arcades dentaires. Le néoplasme paraît encore limité et il semble possible d'en tenter la cure radicale.

Le 19 juin, M. Leriche par une incision cervicale, basse, latérale droite aborde l'œsophage : Celui-ci est normal jusqu'au niveau de la fourchette sternale. Là, il existe une masse dure, squirrheuse remplissant tout l'espace inter-sterno-vertébral. Le doigt arrive à en faire le tour, mais il est impossible de dépasser par en bas les limites de l'infiltration. L'induration plonge dans le thorax, dans ces conditions tout essai d'ablation est impossible, la plaie cervicale est refermée.

On pratique une gastrostomie par le procédé de Fontan.

Les suites de cette intervention ont été simples. Le spasme a cédé et dans les huit jours l'alimentation solide put être

reprise par la bouche. Néanmoins on injecte quatre fois par jour de la bouillie liquide par la sonde. Les douleurs ont disparu, mais la salivation persiste très gênante. Le 8 juillet le malade part très amélioré, sa sonde en place. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis lors.

Les résultats si médiocres obtenus par ces divers opérateurs proviennent de ce que le cancer œsophagien s'étend vite aux organes voisins et que le larynx est souvent pris en même temps que l'œsophage.

En pratique, d'ailleurs, le chirurgien, le plus souvent, n'est arrivé à tenter l'œsophagectomie que dans les interventions portant sur le larynx.

Les adhérences du cancer aux organes voisins et principalement aux voies respiratoires se produit souvent et, suivant von Hacker, leur résection est bien plus souvent nécessaire qu'on ne le croit. La trachée après résection de la portion cancéreuse est fixée dans la région cervicale. L'autoplastie œsophagienne se fait suivant la méthode habituelle.

Il est dangereux d'entreprendre la résection du tractus respiratoire pendant la résection de l'œsophage, car il faut dériver les sécrétions bronchiques pour éviter la pneumonie de déglutition. Ces résections, en effet, sont dangereuses à cause de l'infection de la plaie, des lésions de l'arbre respiratoire avec nécrose consécutive, des fils qui ne tiennent pas, ensuite à cause de la rupture d'une adhérence fixe, du danger de la récidive et des généralisations. Et cela ne va pas sans combiner la technique opératoire.

Tout récemment Kütner présenta à la Société allemande de chirurgie la pièce provenant d'une opé-

ration qu'il avait pratiquée sur une malade qui était venue à l'hôpital se plaignant de dysphagie.

« La sonde exploratrice buttait contre un obstacle à 15 centimètres de l'arcade dentaire. L'œsophagoscopie en ayant démontré la nature cancéreuse on décide l'opération.

Décubitus avec tête tournée à droite. On pratique l'ablation des chaînes ganglionnaires des deux côtés du cou. On extirpe la moitié gauche du corps thyroïde, on libère la tumeur qu'on perçoit au doigt au contact de la jugulaire. On isole facilement l'œsophage de tous côtés. On essaie d'épargner le récurrent gauche en le rejettant sur la ligne médiane, néanmoins on l'intéresse.

J'essayai, dit M. Kütner, d'éviter l'infection du tissu cellulaire lâche du cou et du médiastin en isolant de tous côtés l'œsophage avant sa section au thermocautère ; son extrémité inférieure fut fixée à la peau. Je ne pouvais isoler entre deux ligatures la masse cancéreuse car la partie supérieure s'infiltrait trop loin, c'est pourquoi j'ouvris largement le pharynx. Une gouttière cutanée dérivait les sécrétions pharyngées sur la partie latérale du cou. Des tampons imbibés de lugol destiné à stériliser encore mieux les crachats, protégeaient la plaie. On maintint pendant 8 jours ce pansement sous forme d'une mince couche de gaze qu'on renouvelait sitôt souillée. Cette mesure est de la plus haute importance contre la pneumonie de déglutition. Quant à l'hémorragie elle fut évitée en dèrivant soigneusement les sécrétions et en s'abstenant de nourrir le malade par l'extrémité supérieure du tube digestif. Pendant 8 jours la voie rectale fut seule employée puis je pratiquai la gastrostomie. Nous craignions primitivement que le décubitus dorsal ne fit refluer vers le cou les aliments introduits dans l'estomac du patient.

L'opération fut bien supportée mais une récidive survint rapidement au larynx. Le malade refusa toute intervention curatrice ; on dut se borner à la trachéotomie. Le malade actuellement, c'est-à-dire dix mois après l'opération, paraît se porter assez bien, mais il a une grosse récidive inopérable ».

Cette observation confirme les conclusions formulées par M. von Hacker qui prétend que, très souvent, on doit enlever, si l'on veut faire une opération complète, la partie supérieure de l'arbre respiratoire quand on soupçonne une évolution déjà ancienne du cancer. Elle indique la nécessité d'un diagnostic posé au début du mal, possible comme Lotheissen de Wienne y a récemment insisté, grâce à la radioscopie mais surtout à l'œsophagoscopie.

« L'œsophagectomie pratiquée dans le cas de cancer évoluant depuis longtemps, ne nous donnera pas beaucoup de satisfaction, telle est la conclusion de M. Kütner ».

Les délabrements sont en effet trop considérables et encore on n'ôte pas toute la région intéressée par le néoplasme ; ces malades sont fatalement voués à la récidive. « Triste situation de ces malheureux qui ont subi l'extirpation de la partie supérieure de l'œsophage, du larynx, d'un goître et parfois d'une partie du sympathique »: La respiration se fait par la trachée fixée à l'extrémité inférieure de la plaie ; la longueur de l'œsophage réséqué, la mauvaise qualité du tissu de la surface de section empêche la réunion par des lambeaux cutanés, des deux parties pharyngées et œsophagiennes. On doit pratiquer deux autres fistules cervicales ou une fistule cervicale et gastrique. Le malade supporte à la fois les dangers d'une opération mutilatrice grave et de l'œsophagogastrostomie.

Et si pourtant le patient échappe à la récidive — éventualité rare — il reste un être débile. Guetté par

les infections pulmonaires ; affaibli par une nutrition insuffisante, le plus souvent confiné au lit, d'un malade il est devenu un infirme.

Faut-il alors ne rien tenter contre ces cancers déjà avancés dans leur évolution et se résoudre à la gastrostomie ?

M. Jaboulay a montré que l'on pouvait améliorer le sort des cancéreux de l'œsophage au moyen d'un conduit alimentaire artificiel contournant l'obstacle.

« L'extirpation n'est pas souvent possible, de plus elle est périlleuse dans les cancers imperméables de l'œsophage cervical. Au lieu de l'œsophagectomie suivie d'œsophagoplastie on pourrait faire en dehors et à côté du conduit naturel un conduit artificiel relevé par une sonde en caoutchouc par exemple.

Elle entrerait dans l'œsophage au-dessous du néoplasme pénétrerait dans le pharynx au-dessus et apparaîtrait à l'orifice buccal, par elle se ferait l'introduction d'aliments liquides nécessaires à la nutrition.

Cette sonde à demeure véritable pharynx-œsophage artificiel est moins pénible qu'une sonde qui se fixe à une bouche d'œsophagostomie externe. De plus elle peut permettre par certains artifices l'aspiration directe par la bouche des liquides qui descendent ensuite dans la lumière et c'est alors la suppressiou du tube avec entonnoir employé pour l'ingestion. La tolérance des tissus est parfaite pour ce corps étranger.

En outre, cette sonde à demeure qui contourne le néoplasme a comme autre avantage, en laissant entre ses orifices d'entrée œsophagien et pharyngien un lambeau de peau en dehors de laquelle la sonde che-

minera vis-à-vis du néoplasme, de préparer un œsophage artificiel cutané analogue à celui que faisaient Hacker et Poulsen dans leur œsophagectomie.

On n'aurait qu'à suturer au bout d'un certain temps deux lambeaux cutanés sur cette sonde. La première manière seule fut employée.

Obs. — Chez une malade de 45 ans atteinte de cancer de la partie supérieure de l'œsophage ne laissant pas passer la salive nous avons fait une pharyngostomie et une œsophagostomie qui reçoivent la sonde à demeure et la tolèrent depuis quatre mois. Mais celle-ci chemine profondément à côté du néoplasme et elle remplace le conduit alimentaire d'une façon définitive. En ressortant par l'orifice buccal elle permet à la malade de s'alimenter elle-même de deux manières, soit par ingestion de liquide avec le tube terminé par un entonnoir que l'on élève, soit par aspiration, à l'aide d'une autre sonde trouée en un point et qui s'adapte à l'extrémité libre de la sonde à demeure.

Ces dernières observations prouvent que le traitement curatif doit choisir ses cas pour être vraiment utile ; qu'il doit céder le pas au traitement palliatif si le cancer est trop étendu.

Et en fait dans ce cas en promettant moins on tient plus.

CONCLUSIONS

I. La situation plus accessible de l'œsophage cervical, incitait les chirurgiens à tenter une opération curatrice des diverses affections siégeant dans cette partie du tube digestif.

II. La gravité du cancer de cette région venant de sa marche rapide, du voisinage d'organes importants dans une partie rétrécie du corps indiquait une opération chirurgicale.

Elle fut tentée.

III. L'écueil consistait dans le rétablissement de la continuité œsophagienne qui ne pouvait — au début — être obtenu que dans les cas d'ablation très minime.

IV. L'opération de von Hacher paraît être la meilleure techique parce que :

a) L'opération est pratiquée sur un malade dont l'état général est relevé grâce à la gastrostomie préalable.

b) La dérivation des sécrétions évite la pneumonie de déglutition.

c) Le drainage des collections puruleuses périœsophagiennes, fréquentes dans le cancer de cette région s'effectue facilement.

d) On peut sectionner de part et d'autre de la tumeur, en plein tissu sain, la continuité du tractus œsophagien s'opérant par l'œsophagoplastie cutanée.

e) On rétablit avec le minimum de dégâts la continuité du tube disgestif.

V. La propagation rapide aux organes voisins, l'englobement précoce de l'arbre respiratoire, le traumatisme opératoire résultant d'une ablation qui veut être totale ne permettent que rarement d'obtenir de cette intervention tout le bénéfice qu'elle pourrait donner, pratiquée dans de bonnes conditions.

VI. Son indication est réservée aux cas de cancers diagnostiqués au début.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. PONCET.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 décembre 1909.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bert. — Province médicale, 1896. Tubage œsophagien.

— Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Thèse de Lyon, 1895-1896.

Ceccherelli. — Congrès intern. de médec. de Budapest, 1909, in Presse médicale.

Chassaignac. — Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales.

Czerny. — H. Braün in Czernys Beitragen zûr op. chirurgie, 1878.

Debove-Achard et Castaigne. — Manuel des maladies du tube digestif.

Depage, 1907. — Diverticule pharyngo-œsophagien. Ablation. Guérison.

— Discussion de la Société belge de Chirurgie. Bruxelles, 1900.

Fedoroff. — Cancer de l'œsophage. II[e] Congrès de la Soc. intern. de chirurg. Bruxelles, 1908.

Follin. — Des rétrécissements de l'œsophage. Thèse d'agrégation, Paris, 1853.

Goris. — Diverticule pharyngo-œsophagien. Ablation.

J. Gross. — Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage. Éléments de Pathologie chirurgicale.

Hartmann. — Art Œsophage in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, t. V.

Hochenegg. — Totale Kehlkopfesextirpation ùnd refection des Œsophagus wegen Carcinom laryngis. Æsophagoplastick. Ein neuer Sperchapparat.

Jaboulay. — Conduits alimentaires artificiels dans les cancers de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. Prov. médic., 1897.

Kendal Francks. — On a case of simple œsophagus treated by Œsophagectomy. (Britisch med. Journ. 1894).

Le Fort. — Bullet. génér. de Thérap., 1890.

Lembolle. — Soc. belge de Chirurgie, 1907, in Presse méd.

W. Lewy. — Versuche uber die Resection der Speiseröhre. Archiv. für Klin. Chirurgie, 1898.

Marwedel. — Ein Fall von Resecktion des Œsophagus bei Carcinom. Beitrage sûr Chirurgie, 1896.

Monod et Vanverts. — Technique opératoire.

Novaro. — Un caso d'asportazione partiale del farynge della parte cervicale dell' œsofago et della glandula thyroïdea Riforma medica, 1891.

Poulsen. - Uber Extirpation laryngis et Pharyngis mit Bildungs eine neûen Schlûnden mittels Hâutluppen Centralb. fur Chir., 1891.

De Quervain. — Zür Resection des Halsabchnittes der Speisêrohre wegen Carcinom. Arch. f. Klein. Chirurg., 1899.

Rokitzky. — Autoplastie de l'œsophage cervical. Arch. f. Klin. Chir., 1907.

Roux. — Revue med. de la Suisse Romande, 1887.

— Semaine médicale, 1907. Œsophagogastroanastomose.

L. Sencert. — La chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominale.Thèse Nancy, 1904.

Stoerck et Semeleder. — Die Untersûchûng des Œsophagûs mit dem Kelkopfspiegel Wiener med Wochenchr., 1881.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique, 1905.

Tripier R. — Anatomie pathologique.

Trzebicky. — Zûr Extraction verschlûcker Fremdkörper aus Pharynx ûnd Œsophagûs Münch med. Wochenschrif.

Von Bergmann. — In P. Keitel. Th. Berlin, 1883.

Von Hacker. — Centralb. fur Chirurgie, 1908.

Von Langenbeck. — In P. Keitel. Th. Berlin, 1883.

Lyon. — Assoc. typ., 12, rue de la Barre.